

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub lekarza praktykującego
indywidualnie

Nr identyfikujący REGON

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego oraz oceny narażeń na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia występujących w czasie studiów wyższych lub studiów doktoranckich stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1997 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół wyższych, uczniów tych szkół oraz studentów i uczestników studiów doktoranckich, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiowania są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia, oraz sposobu dokumentowania tych badań (Dz. U. Nr 120, poz. 767) orzeka się, że:

u
Imię i nazwisko

urodzonego dnia miesiąca roku

zamieszkałego w
.....

- kandydata do szkoły wyższej,*
- studenta szkoły wyższej, *
- uczestnika studiów doktoranckich, *

w

.....
nazwa szkoły wyższej * lub jednostki, w której odbywają się studia doktoranckie oraz wydziału (wydziałów)

- 1) brak przeciwwskazań zdrowotnych do
 - podjęcia* / kontynuowania* studiów w szkole wyższej,
 - uczestniczenia w studiach doktoranckich*

Data następnego badania

- 2) istnieją przeciwwskazania zdrowotne do
 - podjęcia* / kontynuowania* studiów w szkole wyższej,
 - uczestniczenia w studiach doktoranckich*

* właściwe podkreślić

.....
Pieczęć i podpis lekarza
przeprowadzającego badania

....., dniar.

POUCZENIE

Osoba zainteresowana otrzymująca zaświadczenie lekarskie – w przypadku zastrzeżeń co do treści tego zaświadczenia – może wystąpić w terminie 7 dni od daty otrzymania zaświadczenia z wnioskiem o ponowne badanie lekarskie i wydanie zaświadczenia do wojewódzkiego lub międzywojewódzkiego ośrodka medycyny pracy. Wniosek składa się za pośrednictwem lekarza, który wydał zaświadczenie.